Informations Générales Pour Le Fichier Fournisseurs Des Grossistes-Répartiteurs

RÉPARTITEURS - FABRICANTS

MARS 2005

Club Inter Pharmaceutique

SOMMAIRE

- **Introduction** ____ 4
  Objectif de la brochure
  Remarque
  Délai de diffusion de l'information
- **Expression du besoin** ____ 6
- **Structure des documents** ____ 7
- **Utilisation des documents** ____ 8
- **Fiche signalétique et Fiches services** ____ 10
- **Exemples de fiches complémentaires** ____ 19
- **Glossaire** ____ 24
- **Annexe** ____ 26
  Classification générale par domaine d'activité

INTRODUCTION

Objectif de la brochure

Les Grossistes-Répartiteurs gèrent déjà un fichier ‘‘Produit’’. Un fichier ‘‘Fournisseur’’ en constitue le complément indispensable. Il s’agit d’un document **fonctionnel** – sans visées documentaires – tourné en majeure partie vers les approvisionnements (achats, conditions commerciales).

L’objectif de cette brochure est d’identifier, répertorier et normaliser les données à inclure dans le fichier dont la mise à jour s’effectue à partir des informations transmises aux Grossistes-Répartiteurs par leurs fournisseurs.

Dans un premier temps, les informations seront transmises sur support papier et ultérieurement par le canal d’EDIPHARM.

Remarque

Afin de permettre à chacun d’utiliser au mieux les documents **standardisés** figurant dans cette brochure, un glossaire concernant certains mots ou expressions (notés☞) employés ici a été placé en annexe. L’utilisateur évitera ainsi toute ambiguïté relative aux termes qui ne lui seraient pas familiers et pourra laisser de côté les rubriques qui ne le concernent pas.

Notre seul but étant de faciliter la compréhension à des fins purement **pratiques**, les définitions et explications figurant dans ce glossaire, même consacrées par l’usage, ne revêtent aucun caractère officiel et ne sauraient être considérées comme telles notamment dans leur formulation.

DÉLAI **D**E **D**IFUSION **D**E L'**I**NFORMATION

Les informations sont communiquées préalablement à leur mise en application, le délai souhaité est de 15 jours calendaires au minimum, date de réception chez le **Répartiteur.**

Lorsque les informations concernent des mises à jour partielles, seules celles-ci sont à transmettre.

EXPRESSION DU BESOIN

Le grossiste - Répartiteur doit être en mesure d'identifier pour chacun de ses fournisseurs :

- la société elle-même
- ses différents établissements
- les différentes adresses auxquelles les services sont assurés
- Les différents sous - contractants intervenant pour le compte d'un fournisseur donné et à quels niveaux.

STRUCTURE DES DOCUMENTS

Pour parvenir à ces résultats et contacter dans les meilleurs délais le service et l'interlocuteur adaptés aux problèmes à résoudre, la présentation par fiche a été retenue.

Elles ont toujours comme en-tête une signalétique (raison sociale, adresse, numéros de téléphone, fax, télex).

Pour appartenir au fichier, les entités ☛ doivent avoir le statut de fournisseur ☛

Il s'agit de :

- laboratoires pharmaceutiques
- distributeurs pharmaceutiques
- dépositaires pharmaceutiques
- sociétés non pharmaceutiques.

répertoriées, pour des raisons d'homogénéité, selon la classification par fonction adoptée dans la brochure « Fichier Produits des Grossistes-Fournisseurs » :

- société facturante ☛
- société distributrice ☛
- société titulaire de l'AMM ☛
- société exploitante ☛

Un même fournisseur peut remplir tout ou partie de ces caractéristiques et intervenir en qualité de sous-contractant pour un certain nombre d'autres.

Les fournisseurs doivent assurer un ou plusieurs services ☛ exhaustivement décrits dans le glossaire et numérotés de 1 à 8 :

1 siège social
2 commandes
3 expéditions
4 facturation
5 réclamations/litiges
6 retours
7 promotion commerciale
8 affaires pharmaceutiques

UTILISATION DES DOCUMENTS

Règle 1 : le dossier type fournisseur est établi selon l'organigramme suivant :

1) fiche signalétique générale n°1
2) fiches services proprement dites n°2 à 8
3) fiches complémentaires à la fiche n°1 voir règles 5, 6,7

chacune de ces fiches peut également servir de clé d'entrée et comporte à cet effet le nom du fournisseur : en haut de la fiche n°1, à la suite de l'indexation pour les fiches services.

Règle 2 : la fiche n° 1 donne l'ensemble des fonctions et services remplis par le fournisseur ; lorsque des services ne sont pas remplis par le fournisseur lui-même , les fiches correspondantes renvoient à une société sous-traitante dont le nom et les coordonnées sont alors indiqués sous l'intitulé du service.

Règle 3 : si tous les services sont assurés sur le même site que le siège social, **préciser OUI sur la fiche n°1** et ne pas répéter l'adresse sur les fiches services.

Règle 4 : répéter sur chaque fiche les services assurés par la société en annotant le diagramme.

Règle 5 : dans le cas des distributeurs, préciser les laboratoires distribués dans une fiche complémentaire située derrière la fiche n° 1.

Si besoin est, préciser :

- les différents sites et leurs secteurs géographiques respectifs.
- Si parmi les laboratoires distribués, certains appartiennent à un autre groupe que celui des distributeurs.
- Quels services le distributeur remplit pour **chaque** laboratoire, (uniquement s'ils ne sont pas identiques).

Règle 6 : dans le cas d'un dépositaire, établir les fiches complémentaires permettant de recueillir les renseignements suivants :

a) niveau société

- liste des établissements
- territoires des établissements
- liste des laboratoires clients
- services assurés

b) par établissement

- territoire
- laboratoires clients
- services assurés

Règle 7 : la présentation des fiches complémentaires est laissée à l'initiatives de chacun. Des exemples sont fournis p. 20 à 23.

FICHE SIGNALETIQUE
ET
FICHES SERVICES

NOM

SIEGE SOCIAL ☛

FICHE N°1

Adresse : rue _____

Ville _____

C.P. _____

Pays _____

N° tél : **N° fax :** **N° télex :** **N° Siret :**

FONCTIONS
Rayer les mentions inutiles

Facturante*	Titulaire AMM	Distributrice*

Exploitante : ▶	AMM
▶	Non pharmaceutique

SERVICES

1	Siège social		5	Réclamations/litiges	
2	Commandes		6	Retours	
3	Expéditions		7	Promotion commerciale	
4	Facturation		8	Affaires pharmaceutiques	

Tout à cette adresse | oui | non |

STATUT JURIDIQUE : _____

DOMAINE D'ACTIVITE ☛ **:** _____

APPARTENANCE A UN GROUPE : _____

Direction Générale (Nom + titre exact) :** _____

Pharmacien Responsable : _____

Interlocuteur : _____

Fonction exacte de l'interlocuteur : _____

* Ne pas omettre de remplir les fiches complémentaires
** Président, Directeur Général, Gérant…

FICHE N°2

NOM

SERVICES

1	Siège social		5	Réclamations/litiges	
2	Commandes		6	Retours	
3	Expéditions		7	Promotion commerciale	
4	Facturation		8	Affaires pharmaceutiques	

COMMANDES ☛

Nom du fournisseur _____

Adresse : rue _____

ville _____

C.P. _____

Pays _____

N° téléphone : **N° fax :**

N° télex : **N° EDI :**

N° Siret

Fermetures régulières ☛ : **Jours et heures d'ouverture :**

Responsable service : _____

Interlocuteur + fonction exacte : _____

CONDITIONS LOGISTIQUES

Franco de port OUI ☐ NON ☐

Quantité minimale ☐

Montant minimum en francs ☐

Calendrier de commande et de livraison

OUI ☐ NON ☐

Reliquat gardé OUI ☐ NON ☐

Si OUI, indiquer la durée en nombre de jours ☐

FICHE N°3

NOM

SERVICES

1	Siège social		5	Réclamations/litiges	
2	Commandes		6	Retours	
3	Expéditions		7	Promotion commerciale	
4	Facturation		8	Affaires pharmaceutiques	

EXPEDITIONS ☛

Nom du fournisseur _____

Adresse : rue _____

ville _____

C.P. _____

Pays _____

N° téléphone :

N° fax :

N° télex :

N° Siret

Fermetures régulières ☛ **:**

Interlocuteur + fonction exacte : _____

FICHE N°4

NOM

SERVICES

1	Siège social		5	Réclamations/litiges	
2	Commandes		6	Retours	
3	Expéditions		7	Promotion commerciale	
4	Facturation		8	Affaires pharmaceutiques	

FACTURATION ☛ *

Nom du fournisseur _____

Adresse : rue _____

ville _____

C.P _____

Pays _____

N° téléphone :

N° fax :

Directeur Financier : _____

Interlocuteur : _____

Fonction exacte : _____

CONDITIONS DE REGLEMENT :

Moyen :	**Chèque**	**Traite**	**LCR**	**Prélèvement automatique**	**Virement**
Support :	**Fact.**	**Rel.**			
Fréquences :	**Hebdomadaire**		**Décade**	**Quinzaine**	**Mensuelle**
Délai :	**Comptant**		**Paiement à terme x jours le…**		

Escompte :

Avis de prélèvement : Nbre de jours

Facture par EDI **OUI** **NON**

*Emission des factures et recouvrement des règlements
Si les deux ne sont pas identiques, établir deux fiches distinctes en précisant.

FICHE N°5

NOM

SERVICES

1	Siège social		5	Réclamations/litiges	
2	Commandes		6	Retours	
3	Expéditions		7	Promotion commerciale	
4	Facturation		8	Affaires pharmaceutiques	

RECLAMATIONS / LITIGES ☛

Nom du fournisseur _____

Adresse : rue _____

ville _____

C.P _____

Pays _____

N° téléphone :

N° fax :

Interlocuteur + fonction exacte : _____

FICHE N°6

NOM

SERVICES

1	Siège social		5	Réclamations/litiges	
2	Commandes		6	Retours	
3	Expéditions		7	Promotion commerciale	
4	Facturation		8	Affaires pharmaceutiques	

RETOURS ☛

Nom du fournisseur _____

Adresse * : rue _____

ville _____

C.P. _____

Pays _____

N° téléphone :

N° fax :

Interlocuteur + fonction exacte : _____

CONDITIONS GENERALES DE RETOUR : ~~OUI NON~~

Péremption : Oui Non Si oui <= 3 ans☐ > 3 ans☐
~~Sans vignettes : Oui Non~~
Cassés, abîmés : Oui Non
Défectueux : Oui Non
Supprimés : Oui Non
Non-conformes : Oui Non

⇨ Délai de reprise : _____

Conditions particulières de retour, par produit : OUI NON

Si oui, se reporter à la brochure « Fichier Produits des Grossistes-Répartiteurs ».

*Administrative et retour physique.
SI LES DEUX NE SONT PAS CONFONDUES, REMPLIR UNE DOUBLE FICHE SOUS LE MÊME INTITULE.

FICHE N° 7

NOM

SERVICES

1	Siège social		5	Réclamations/litiges	
2	Commandes		6	Retours	
3	Expéditions		7	Promotion commerciale	
4	Facturation		8	Affaires pharmaceutiques	

PROMOTION COMMERCIALE

Nom du fournisseur _____

Adresse : rue _____

Ville _____

C.P _____

Pays _____

N° téléphone :

N° fax :

Directeur Commercial : _____

Interlocuteur + fonction exacte : _____

CONDITIONS TARIFAIRES

Elles ne concernent que les domaines d'activités autres que les spécialités remboursables. Il s'agit de conditions globales ne descendant pas au produit.

1) Remises sur prix tarif

OUI ☐ **NON** ☐ **pourcentage %**

2) Remise générales

Par quantité OUI* ☐ **NON** ☐

Selon valeur OUI* ☐ **NON** ☐

3) Conditions particulières

OUI* ☐ **NON** ☐

*si **Oui**, voir dossier complémentaire

FICHE N°8

NOM

SERVICES

1	Siège social		5	Réclamations/litiges	
2	Commandes		6	Retours	
3	Expéditions		7	Promotion commerciale	
4	Facturation		8	Affaires pharmaceutiques	

AFFAIRES PHARMACEUTIQUES ☛

Nom du fournisseur _____

Adresse : rue _____

ville _____

C.P _____

Pays _____

N° téléphone :

N° fax :

Pharmacien responsable : _____

Interlocuteur + fonction exacte : _____

EXEMPLES DE FICHES COMPLEMENTAIRES

FICHE COMPLEMENTAIRE DISTRIBUTEUR

NOM

S I T E 1	**COORDONNEES** **SECTEUR GEOGRAPHIQUE**

S I T E 2	**COORDONNEES** **SECTEUR GEOGRAPHIQUE**

etc…

S'il n'y a qu'un seul site, ne pas renseigner cette fiche

FICHE COMPLEMENTAIRE DISTRIBUTEUR

NOM

LABOS							
L1							
L2							
L3							
L4							
L5							
L6							
L7							
L8							
L9							
L10							
L11							

FICHE COMPLEMENTAIRE DEPOSITAIRE

NOM

Etablissement	Services assurés			Territoires desservis	Agences répartiteurs desservies

FICHE COMPLEMENTAIRE DEPOSITAIRE

NOM

Territoire global desservi

Total des services assurés

Liste des Etablissements

GLOSSAIRE

AFFAIRES PHARMACEUTIQUES

Au sein d'un laboratoire pharmaceutique, service en charge de tout ce qui se rapporte à la législation pharmaceutique.

COMMANDES

Service auprès duquel sont passées les commandes des Grossistes - Répartiteurs.

CONDITIONS GENERALES DE RETOUR

Ensemble des éléments fixant les modalités de retour physique d'un produit du Grossiste - Répartiteur vers une entité déterminée (indiquée par le fournisseur)

DOMAINE D'ACTIVITE

Marché sur lequel évolue l'entreprise selon les termes de la classification située en annexe (p.26). Plusieurs rubriques peuvent être renseignées pour une même entreprise

ENTITE

Dans le « jargon » de la normalisation, terme générique désignant ce dont on veut parler. Il peut s'agir d'un produit, d'un service, d'un logiciel, etc…

EXPEDITIONS

Adresse physique à partir de laquelle sont expédiés les produits aux grossistes - Répartiteurs et coordonnées du service à contacter en cas de problèmes liés à l'expédition.

FACTURATION

a) au sein d'une entreprise, service émettant les factures à l'attention des Grossistes - Répartiteurs.

b) Service auprès duquel les factures sont à régler par Grossistes - Répartiteurs.

FERMETURE REGULIERE

Jours et heures auxquels il est régulièrement impossible de joindre l'interlocuteur considéré ou d'effectuer certaines opérations physiques (livraisons, reprises…) concernant les produits (ponts, fermetures à dates fixes…).

FOURNISSEURS

Une entité possède le statut de fournisseur lorsqu'elle est en relation avec les Grossistes - Répartiteurs pour tout ou partie de ce qui s'attache aux produits dont ils assurent la commercialisation.

PROMOTION COMMERCIALE

Service responsable de l'ensemble des conditions commerciales appliquées aux Grossistes - Répartiteurs et de toute question relative à l'information commerciale concernant les produits.

RECLAMATION / LITIGES

Service auprès duquel doivent être déclarés les réclamations et les litiges

RETOURS

Service auprès duquel doivent être déclarés
Et / ou effectués physiquement les retours de
Produits émanant des Grossistes – Répartiteurs.

SERVICES

Entités individualisées au sein d'une entreprise et susceptibles d'être en contact avec les Grossistes – Répartiteurs.

SIEGE SOCIAL

Adresse à laquelle se situent le siège social et la direction générale de l'entreprise concernée.

SOCIETES

Société Distributrice

Société assurant physiquement la distribution du produit.

Si le produit est distribué par des sociétés différentes en fonction d'un secteur géographique concerné, pour chaque société, présenter les zones : nom de société et société et numéro des départements.

Société Facturante

Société qui procède à la facturation et à l'encaissement des produits livrés ou non par elle-même.

Société Titulaire de l'A.M.M. (Uniquement pour le médicament)

Société propriétaire qu'elle exploite elle-même ou concède à une société exploitante (voir ci-dessous).

Société exploitante

Deux cas se présentent :

a – *Société exploitante de l'A.M.M (uniquement pour le médicament)*

Société pharmaceutique qui assure la commercialisation et la promotion du médicament concerné par l'A.M.M. dont elle n'est pas nécessairement propriétaire (voir ci-dessus).

b – *Société exploitante (hors médicament)*

Société pharmaceutique ou non qui assure la commercialisation et la promotion de produits autres que le médicament.

ANNEXE

CLASSIFICATION GENERALE PAR DOMAINE D'ACTIVITE

01 **SPECIALITE**

- Remboursable
- Non remboursable
- Grand public

02 **DIETETIQUE ADULTE**

03 **DIETETIQUE INFANTILE**

04 **ACCESSOIRES**

- Petit matériel médico - chirurgical

05 **HYGIENE**

- Savons, shampooings, dentifrices

06 **COSMETOLOGIE**

- Dermo - cosmétique de soins

07 **VETERINAIRE**

08 **AUTRES**

FICHE DESCRIPTIVE DU NOUVEAU PRODUIT SPÉCIALITÉ MÉDICALE

Date :

- ❑ Nom et coordonnées de la Société
- ❑ Nom du produit
- ❑ Code CIP ou autres codes normalisés
- ❑ Composition, description
- ❑ Indications, propriétés
- ❑ Mode d'emploi, posologie

Informations de la notice

- ❑ Contre-indications, incompatibilités majeures
- ❑ Précautions d'emploi, mises en garde

Joindre obligatoirement :

- une fiche signalétique ou une notice et le R.C.P.
- un modèle d'étui à plat

INFORMATIONS GÉNÉRALES PRODUIT

❶ **Société Distributrice :**

❷ **Société Facturante :**

❸ **Société Titulaire de l'A.M.M. :**

❹ **Société Exploitante :**

- Classification générale* :
- Date J.O. d'obtention de l'A.M.M. ou de l'A.I.P.
- D.C.I.
- Classe thérapeutique (classe EPhMRA)*
- Présentation :
  - conditionnement
  - forme
  - dosage
- Remboursement S.S.
  - Taux
  - Date J.O.
- Agrément collectivités
  - Date J.O.
- Pays d'origine de l'A.I.P

*se reporter à la brochure « Fichier Produits des Grossistes-Répartiteurs »

- Spécialité non-remboursable
- Spécialité G.P.
- Liste I
  - II
  - Stupéfiants
  - Psychotropes
- Durée de validité (exprimée en mois)
- Conditions de stockage (température mini, maxi, autres spécifications)
- Générique Oui Non
  - AMM du princeps
- Médicament d'exception
- Médicament à prescription particulière
- Médicament remplaçant le n°AMM

CONDITIONS DE REPRISE DU PRODUIT

A **Produit périmé :** **OUI** **NON**

Si oui, délai de reprise Grossistes-Répartiteurs exprimé en nombre de mois

- Après péremption
  Ce délai doit être égal ou supérieur à trois mois compte tenu des délais de traitement de ces produits depuis l'Officine.
- Avant péremption

B **Produit abîmé ou cassé** **OUI** **NON**
(défauts non détectables à la réception)

C **Produit défectueux** **OUI** **NON**
(défauts de fabrication)

- **SI RETOUR PHYSIQUE, ADRESSE DE RETOUR DU PRODUIT**

INFORMATIONS TARIFAIRES PRODUIT

SPÉCIALITÉ REMBOURSABLE	

Prix Fabricant H.T.	
Prix Pharmacien H.T.	
Prix Public T.T.C.	
Taux de T.V.A.	
T.F.R.	

SPÉCIALITÉ NON REMBOURSABLE G.P.	

Prix Grossiste H.T.	
Prix Tarif H.T.	
Taux de T.V.A.	
Autres remises (à préciser)	

INFORMATIONS LOGISTIQUES PRODUIT

UNITÉ DE VENTE

en millimètres et en grammes

Longueur	
Largeur	
Hauteur	
Poids brut	

SOUS-STANDARD

(cartouche, fardelage)
en millimètres et en grammes

Quantité totale unités de vente	
Longueur	
Largeur	
Hauteur	
Poids brut	

CARTON STANDARD

en centimètres et en kilogrammes

Quantité totale unités de vente	
Longueur	
Largeur	
Hauteur	
Poids brut	

PALETTE STANDARD

en centimètres et en kilogrammes

Nombre de cartons standard			
Quantité totale unités de vente			
Longueur*		Largeur*	
Hauteur palette comprise		Poids brut	

Autres (préciser les dimensions) :

* Dimensions de base de la palette

INFOMATIONS SPÉCIFIQUES À LA MISE EN PLACE

Informations logistiques et économiques

Date d'expédition
Quantité totale (France-Régionale) : couverture prévisionnelle en nombre de semaines
Quantité par Grossiste-Répartiteur (joindre liste en annexe)
Détail des quantités par établissement (joindre liste en annexe)
Conditions de règlement
Conditions de reprise
Livraison : Identifier les cartons par un sticker : MEP - NOUVEAU PRODUIT

Comarketing : oui ❒ non ❒ Société :
Copromotion : oui ❒ non ❒ Produit :

Campagne d'information grand public

- Supports utilisés
- Date de début de campagne

Présentation auprès des professionnels de la santé

Nationale		Date	
Régionale		Date	

Pharmaciens	
Médecins spécialistes	
Médecins généralistes	
Collectivités	
Dentistes	
Vétérinaires	

Autres préciser

Page 1 – ACL :

FICHE DESCRIPTIVE DU NOUVEAU PRODUIT PARAPHARMACIE

Date :

- ❑ Nom et coordonnées de la Société
- ❑ Nom du produit
- ❑ Code ACL ou autres codes normalisés (à préciser)
- ❑ Composition, description
- ❑ Indications, propriétés
- ❑ Mode d'emploi, posologie

Informations de la notice

- ❑ Précautions d'emploi, mises en garde

Joindre :

- une fiche signalétique ou une notice si disponible
- un modèle d'étui à plat

INFORMATIONS GÉNÉRALES PRODUIT

❶ **Société Distributrice :**

❷ **Société Facturante :**

❸ **Société Exploitante :**

CLASSIFICATION

- Dermocosmétique
- Accessoires
- Dispositif Médical
- Diététique Spécialisée
- Vétérinaire
- Autres
- LPPR – N° Agrément
- Nomenclature
- Marquage CE
- Péremption, DLU, durée de validité (en mois)
- Conditions de stockage
  Ex : ne pas plier, stocker à l'abri de la lumière, etc…

CONDITIONS DE REPRISE DU PRODUIT

A **Produit périmé :** **OUI** ☐ **NON** ☐

Si oui, délai de reprise Grossistes-Répartiteurs exprimé en nombre de mois

- Après péremption
  Ce délai doit être égal ou supérieur à trois mois compte tenu des délais de traitement de ces produits depuis l'Officine.

- Avant péremption

B **Produit abîmé ou cassé** **OUI** ☐ **NON** ☐
(défauts non détectables à la réception)

C **Produit défectueux** **OUI** ☐ **NON** ☐
(défauts de fabrication)

- **SI RETOUR PHYSIQUE, ADRESSE DE RETOUR DU PRODUIT**

INFORMATIONS TARIFAIRES PRODUIT

Prix Grossiste H.T.		
Prix Tarif H.T.		
Tarif de remboursement LPPR		
Taux de T.V.A.		
Remises générales	OUI ☐	NON ☐
Remises quantitatives*	OUI ☐	NON ☐
Remises ad valorem*	OUI ☐	NON ☐

* Si oui, à préciser

INFORMATIONS LOGISTIQUES PRODUIT

UNITÉ DE VENTE

en millimètres et en grammes

Longueur	
Largeur	
Hauteur	
Poids brut	

SOUS-STANDARD

(cartouche, fardelage)
en millimètres et en grammes

Quantité totale unités de vente	
Longueur	
Largeur	
Hauteur	
Poids brut	

CARTON STANDARD

en centimètres et en kilogrammes

Quantité totale unités de vente	
Longueur	
Largeur	
Hauteur	
Poids brut	

PALETTE STANDARD

en centimètres et en kilogrammes

Nombre de cartons standard			
Quantité totale unités de vente			
Longueur*		Largeur*	
Hauteur palette comprise		Poids brut	

Autres (préciser les dimensions) :

* Dimensions de base de la palette

INFORMATIONS **S**PÉCIFIQUES À LA **M**ISE EN **P**LACE

Informations logistiques et économiques

Date d'expédition
Quantité totale (France-Régionale) : si possible couverture prévisionnelle en nombre de semaines
Quantité par Grossiste-Répartiteur (joindre liste en annexe)
Détail des quantités par établissement (joindre liste en annexe)
Conditions de règlement
Conditions de reprise
Livraison : Identifier les cartons par un sticker : MEP - NOUVEAU PRODUIT

Campagne d'information grand public

- Supports utilisés (préciser)
- Date de début de campagne

Présentation auprès des professionnels de la santé

Nationale		Date	
Régionale		Date	

Pharmaciens	
Médecins spécialistes	
Médecins généralistes	
Collectivités	
Dentistes	
Vétérinaires	

Autres préciser

LISTE DES **S**OCIÉTÉS OÙ **A**DRESSER L'**I**NFORMATION

Envoyer à : Direction des Achats

ALLIANCE SANTÉ	211, avenue des Grésillons B.P. 146 92231 GENNEVILLIERS CEDEX Tel : 01 40 80 51 00 – Fax : 01 40 86 90 62
Établissements BIALAIS (Groupe PHOENIX)	34, rue Fontaine 59562 LA MADELEINE Tel : 03 20 55 47 01 – Fax : 03 20 31 78 25
CERP BRETAGNE NORD	ZIL rue Chaptal B.P. 117 22001 SAINT BRIEUC CEDEX 1 Tel : 02 96 68 26 00 – Fax : 02 96 68 26 03
CERP LORRAINE	Allée des Tilleuls B.P. 79 54182 HEILLECOURT CEDEX Tel : 03 83 59 50 50 – Fax : 03 83 56 09 11
CERP RHIN RHONE MÉDITERRANÉE	36, rue Albert 1er B.P. 39 90001 BELFORT CEDEX Tel : 03 84 57 81 16 – Fax : 03 84 57 81 31
D2P PHARMA	26 rue Félix Faure 76230 GOURNAY EN BRAY Tél : 02 32 89 96 43 – Fax : 02 32 89 96 44
CERP ROUEN	39, rue des Augustins B.P. 2039X 76040 ROUEN CEDEX tel : 02 35 52 70 00 – Fax : 02 35 15 03 10
OCP RÉPARTITION	2, rue Galien 93587 SAINT OUEN CEDEX Tel : 01 49 18 72 82 – Fax : 01 49 18 72 74
OUEST RÉPARTITION	8 bis, rue de la Garde B.P. 23565

	44335 NANTES CEDEX 3 Tel : 02 51 89 69 19 – Fax : 02 51 89 64 72
PHICTAL	ZA du Vissoir 44 Boulevard Dautel 49800 TRELAZE Tel : 02 41 95 71 20 – Fax : 02 41 95 71 21
PHOENIX PHARMA *ILE DE FRANCE*	1, rue des Bouvets Z.A. des Bouvets 94015 CRÉTEIL CEDEX Tel : 01 45 17 63 00 – Fax : 01 45 17 64 40
PHOENIX PHARMA *SUD EST*	39, avenue de la Résistance BP 464 83055 TOULON CEDEX Tel : 04 94 41 89 00 – Fax : 04 94 41 89 64
PHOENIX PHARMA *OUEST*	Rue René Fonck Zone D2A 44860 ST AIGNAN DE GRAND LIEU Tel : 02 51 19 19 25 – Fax : 02 51 19 19 29
RBP PHARMA	ZI de Domène Rue de la Métallurgie 38420 DOMENE Tél : 04 76 77 98 21 – Fax : 04 76 44 99 75
SOGIPHAR	ZI Route de Feuquières 60210 GRANDVILLIERS Tel : 03 44 46 43 80 – Fax : 03 44 46 43 88

Autres adresses auxquelles il est recommandé de faire parvenir l'information :

C.I.P.	Tour Franklin 100/101, Quartier Boieldieu 92042 PARIS LA DÉFENSE CEDEX Tel : 01 70 36 03 00 – Fax : 01 70 36 03 01
CERP FRANCE	13-15, rue de Calais 75320 PARIS CEDEX 09 Tel : 01 55 07 85 00 – fax : 01 55 07 85 03